

协同视角下跨区域专科联盟构建及其运行机制研究——以浙江省肿瘤微创外科联盟为例

张焱^{1,2}, 路春阳^{1,2}, 朱玉萍^{1,2}

(1. 浙江省肿瘤医院, 中国科学院杭州医学研究所, 浙江 杭州 310022; 2. 浙江省癌症中心, 浙江 杭州 310022)

摘要:在恶性肿瘤高发与肿瘤微创外科技术快速发展的背景下,优化区域肿瘤诊疗资源配置,推动肿瘤微创外科技术应用规范化、标准化成为必然要求。为提升浙江省肿瘤微创诊治能力的整体水平,浙江省肿瘤医院于2019年牵头成立了浙江省肿瘤微创外科联盟。全文通过对浙江省肿瘤微创外科联盟构建模型及运行机制进行协同视角下的分析,归纳总结其运行过程中取得的成效与存在的问题,并提出相应建议,为跨区域专科联盟的建设与发展提供一定的借鉴思路。

关键词:跨区域专科联盟;构建;肿瘤微创

中图分类号:R73 文献标识码:A 文章编号:1004-0242(2023)07-0525-08

doi:10.11735/j.issn.1004-0242.2023.07.A006

Construction and Operating Mechanism of Zhejiang Provincial Alliance of Minimally Invasive Surgery for Cancer

ZHANG Yan^{1,2}, LU Chunyang^{1,2}, ZHU Yuping^{1,2}

(1. Zhejiang Cancer Hospital, Hangzhou Institute of Medicine (HIM), Chinese Academy of Sciences, Hangzhou 310022, China; 2. Zhejiang Cancer Center, Hangzhou 310022, China)

Abstract: With high prevalence of malignant tumors and rapid development of surgical techniques, it is urgent to optimize the allocation of regional resources and promote the application of standardized minimally invasive surgery for cancer. In order to upgrade the overall level of cancer treatment capability in the province, Zhejiang Provincial Alliance of Minimally Invasive Surgery for Cancer was established in 2019. This paper introduces the construction model and operating mechanism of the Zhejiang Cancer Surgery Alliance from the perspective of cross-regional cooperation, summarizes the achievements and problems in its operation, and makes suggestions of further improvement, to provide reference for the construction and development of cross-regional specialty alliances.

Key words: cross-regional specialist alliance; construction; minimally invasive oncology

近年来,恶性肿瘤的发病率和死亡率逐年上升,已成为严重威胁人类健康的重大公共卫生问题,带来了巨大的医疗和经济负担,各国肿瘤领域的医疗卫生资源配置面临着严重的挑战^[1]。随着医疗技术的发展,微创治疗已成为肿瘤综合治疗手段中的重要部分。然而,各医疗机构肿瘤微创诊治技术能力良莠不齐,肿瘤微创技术的规范性亟待提升。规范肿瘤诊疗行为,提高肿瘤诊疗质量是有效提高恶性肿瘤

患者生存率、降低死亡率的关键^[2]。

跨区域专科联盟是我国目前实施的四种医联体模式之一,以专科能力建设为重点,联合同级或跨层级医疗机构开展合作,带动不同区域同一专科能力水平的同质化发展,提高优质医疗资源的可及性^[3]。本文通过协同视角,对浙江省肿瘤微创外科联盟构建模型及运行机制进行分析,探讨跨区域专科联盟运行过程中存在的问题及原因,为促进其他领域专科联盟的发展提供理论及实践参考,进一步推进肿瘤诊疗资源的可及性及肿瘤专科的高质量发展。

收稿日期:2023-03-23;修回日期:2023-04-14
基金项目:浙江省医药卫生科技基金(2021KY564)
通信作者:朱玉萍,E-mail:Drzyp@163.com

1 建设背景

1.1 恶性肿瘤流行趋势与医疗资源分布现状

根据 GLOBOCAN 统计数据,2020 年全球约有 1 930 万例恶性肿瘤新发病例及近 1 000 万例恶性肿瘤死亡病例^[4]。2020 年中国约有 456.9 万例恶性肿瘤新发病例,约有 30 万例恶性肿瘤死亡病例^[5]。近年来,浙江省每年新增恶性肿瘤死亡病例约 9.2 万例,占总死亡的 30%,居第 1 位死因^[6]。

我国当前的恶性肿瘤负担呈上升态势,此外,随着我国人口老龄化加剧、不健康的生活方式、环境暴露等危险因素的累加,未来的恶性肿瘤防控形势十分严峻^[7]。然而,与其流行趋势不相匹配的是,我国肿瘤医疗资源不足且分配不均。在近年复旦大学医院管理所发布的中国医院排行榜肿瘤科专科声誉排行榜中,居排行榜前十和获得提名的医院约 30 家,均分布在 18 个直辖市及省会城市,优质肿瘤医疗资源地域不平衡现象较为严重。同时,各地区肿瘤诊疗规范化程度也存在较大差异,以肺癌为例,回顾性数据发现即使在同一省份内,其治疗方式也存在较大的异质性^[8]。全面提高肿瘤诊治的规范化程度,缩小地区间诊治水平差异,提升医疗服务资源可及性将有助于提高患者生存率^[9]。

1.2 肿瘤微创外科技术广泛应用

以外科手术为主的综合治疗是实体肿瘤治疗的主要手段,传统实体肿瘤多采用开放式手术,手术创伤大,术后恢复时间长,影响肿瘤整体治疗效果。随着医疗技术不断发展,传统医疗模式向生物—心理—社会医学模式转变,微创外科技术已广泛应用于肿瘤外科领域,并成为了主流理念,对于患者在术后回归社会、维护患者心理健康起到了积极作用^[10]。与传统开放手术相比,微创手术不仅具有创伤小、术后恢复快等优点,同时可降低机体全身神经内分泌应激和细胞体液反应,进而促进患者心理康复^[11]。然而,据浙江省肿瘤诊治质控中心资料显示,目前浙江省内各地区、各单位之间肿瘤微创治疗水平仍存在一定差异,如技术及设备的不均一性、基层医院对微创技术应用的盲目性,对临床实践指南掌握的不全面性等。由此可见,基层医院对肿瘤微创外科领域的技术指导有强烈需求。

1.3 国家政策要求

新一轮医药卫生体制改革实施以来,我国仍存

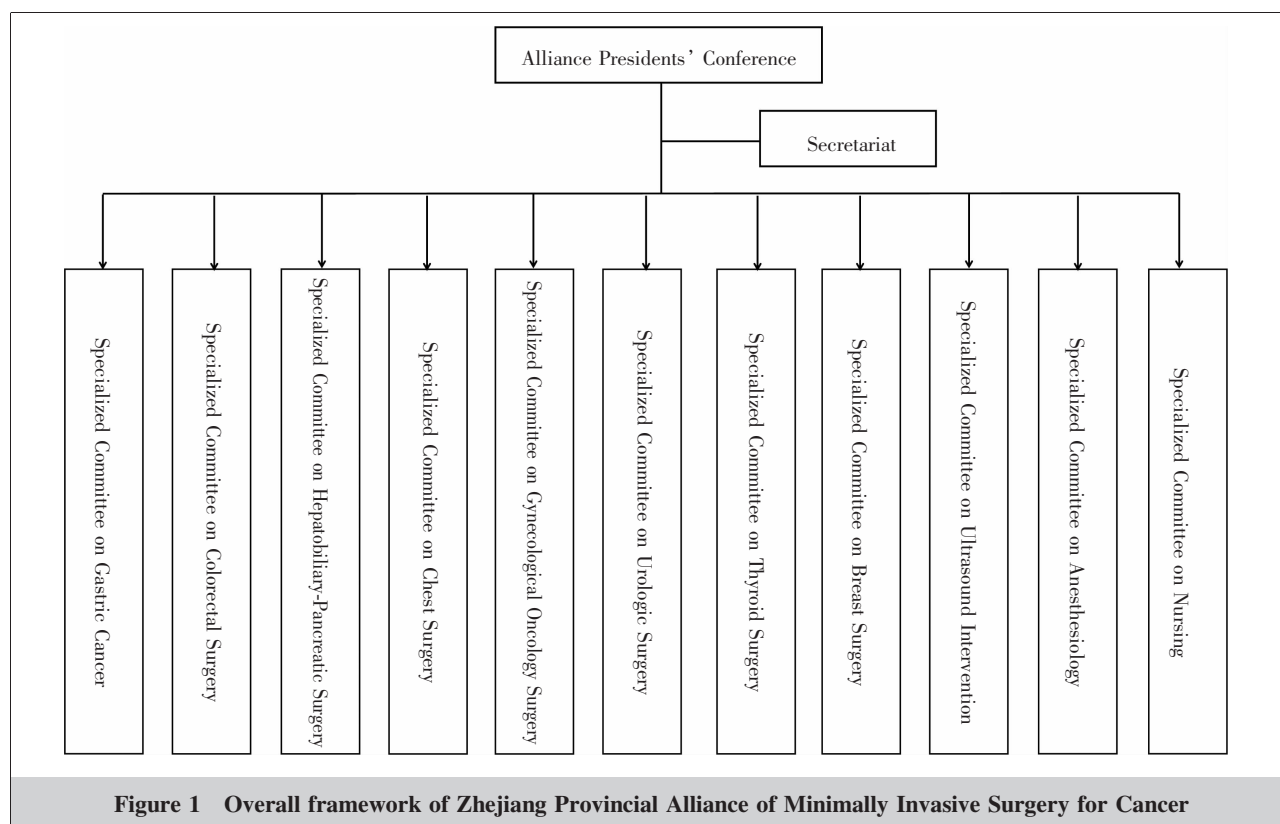
在优质医疗资源总量不足、结构不合理、分布不均衡的问题,这已成为保障人民健康和深化医改的重要制约。据此,国家对促进区域医疗资源协同发展进行了顶层设计与制度引导。国务院办公厅于 2017 年 4 月出台了《关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》(国办发〔2017〕32 号),提出要逐步形成多种形式的医联体组织模式,其中包括跨区域组建专科联盟^[12]。2019 年 12 月,中共中央国务院印发《长江三角洲区域一体化发展规划纲要》,提出推动大中城市高端优质医疗卫生资源统筹布局,采取合作办院、设立分院、组建医联体等形式,扩大优质医疗资源覆盖范围^[13]。2020 年 7 月,国家卫生健康委员会、国家中医药管理局印发《关于印发医疗联合体管理办法(试行)的通知》(国卫医发〔2020〕13 号),明确专科联盟建设应当针对群众健康危害大、看病就医需求多的重大疾病、重点学科加强建设,重点推进肿瘤、心血管、脑血管等学科,以及儿科、妇产科、麻醉科、病理科、精神科等短缺医疗资源的专科联盟建设^[14]。2022 年,国家癌症中心印发《肿瘤诊疗质量提升行动计划实施方案》,要求充分发挥大型医院的辐射和引领作用,落实肿瘤专科医联体建设^[15]。构建跨区域专科联盟是促进专科优质医疗资源下沉、提升重大疾病防治能力及整体服务能力的重要措施^[16]。建设跨区域肿瘤专科联盟有助于切实提升肿瘤诊疗质量及规范化水平,提高优质肿瘤医疗资源可及性,进而有效提高肿瘤患者生存率。

在上述背景下,浙江省肿瘤医院作为新中国成立最早的四家肿瘤医院之一,浙江省唯一一家三甲甲等肿瘤专科医院,连续 11 年名列中国医院肿瘤专科综合排行榜(复旦版)前 10,同时也是浙江省肿瘤诊治质控中心的挂靠单位,有责任利用自身技术及管理优势,探索构建肿瘤微创领域的跨区域专科联盟,推动优质医疗资源的共建共享,促进区域分级诊疗发展,为患者提供同质化的优质医疗服务,减轻患者跨省就医负担。

2 协同视角下跨区域专科联盟构建的总体模型及协同性分析

2.1 浙江省肿瘤微创外科联盟的总体模型

浙江省肿瘤微创外科联盟是由浙江省肿瘤医院



牵头，联合全省各相关医疗单位自愿联合发起的非营利性协作型民间互助组织。联盟下设 11 个不同学科的分支专委会，包括胃肿瘤外科、胸部肿瘤外科、结直肠肿瘤外科、肝胆胰肿瘤外科、妇科肿瘤外科、泌尿肿瘤外科、头颈肿瘤外科、乳腺肿瘤外科、超声介入、麻醉、护理，并设立秘书处，负责联盟的日常运行与管理工作（Figure 1）。协同理论的协同效应主要强调了一个开放组合中的各个子系统在最初的相对独立状态下，通过相互作用最终达到一种相对稳定和有序的状态^[17]。浙江省肿瘤微创外科联盟作为一个开放型的运行体系，由多要素构成，在运行过程中符合协同理论的规律，即远离平衡并具有自组织的作用。

2.2 浙江省肿瘤微创外科联盟工作模式

2.2.1 依托互联网，搭建技术培训与输出平台

线上搭建联盟公共平台，定期进行多学科、大规模肿瘤微创外科手术直（转）播，突破时空局限，提高手术培训效率。手术直（转）播根据主刀专家类型（全国知名专家、全国性专家、浙江省知名专家）分类，针对同一病种或术式进行多通道直播，并由联盟内核心专家进行实时解说点评及讨论，深入剖析肿瘤微

创外科技术对患者获益的影响。

2.2.2 开展各类巡讲及培训活动

以肿瘤多学科诊疗为特色，根据地理位置进行浙江省内各区域巡讲，并开办专项技术培训班，提升区域内肿瘤微创诊治技术。巡讲模式为联盟盟主单位与当地核心单位联合举办，以肿瘤外科为重点，兼顾肿瘤内科、放疗科，围绕肿瘤诊治全程管理进行多学科探讨。

2.2.3 开办肿瘤微创外科学院，撰写培训教材

学院聘请全国知名专家为导师，定期举办手术视频、外科基本技能操作、超声介入操作、麻醉气管镜操作、手术室护理操作竞赛，提供联盟内中青年医护人员交流平台。定期开展线上网络微课堂，进行短期培训。各分支专委会撰写各学科手术学教材及进修医师培训手册，形成协同效应，扩大学院辐射范围。

2.2.4 打造品牌学术活动，深化联盟影响力

以“手术工匠坊”微创外科直播月、“钱江峰会”“钱潮杯”手术视频精英赛、微创外科基本技能操作大赛为代表，全年不间断开展学术活动，各分支专委会集体参与，各渠道进行广泛宣传，已在浙江省形成较大影响力，提高联盟内成员单位黏性，并辐射省外

各医疗机构。

2.3 浙江省肿瘤微创外科联盟的协同性分析

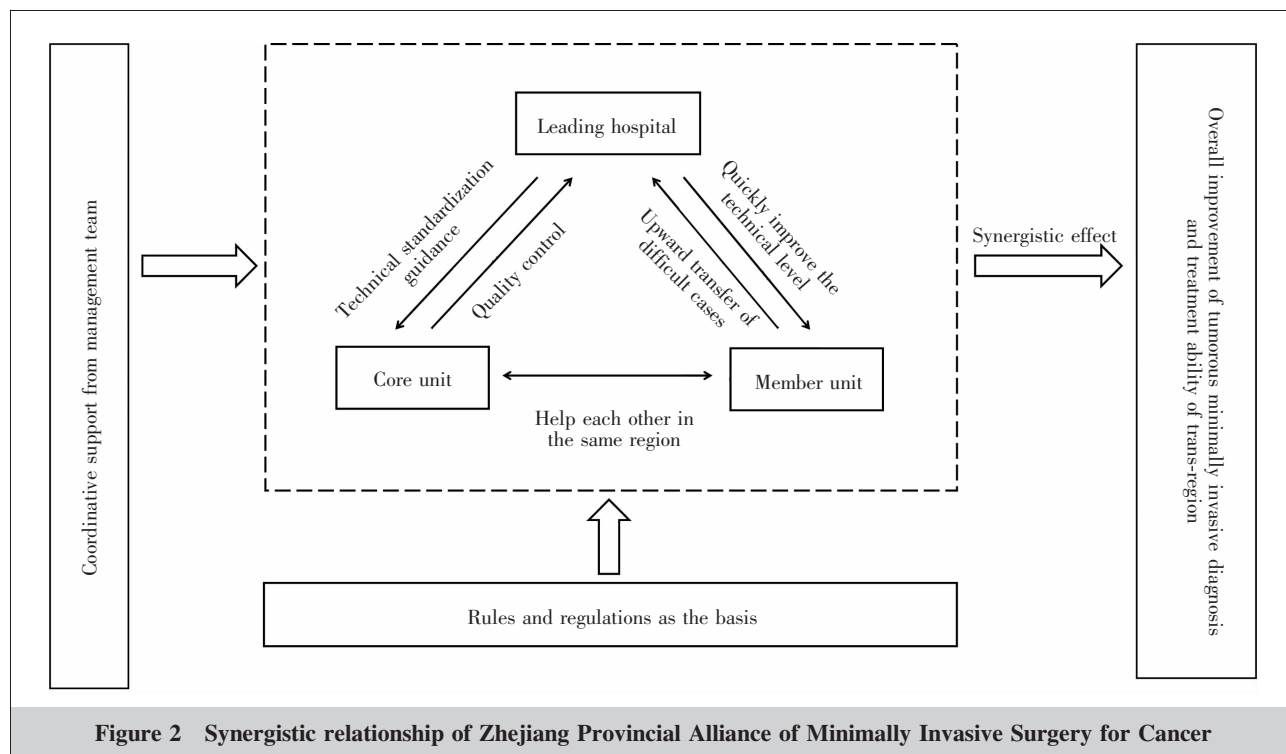
浙江省肿瘤微创外科联盟以浙江省肿瘤医院为中心,以全省具有肿瘤诊疗资质的医疗机构为主体。除浙江省肿瘤医院为牵头医院外,其余医院按照技术水平、辐射能力分为核心单位和成员单位。在该联盟中,技术是联盟运行的重点。技术交流、由频繁技术交流而形成的紧密的非正式关系、技术水平决定的学科内部影响力是浙江省肿瘤微创外科联盟顺利运行的决定性因素。浙江省肿瘤微创外科联盟的盟主单位,即浙江省肿瘤医院,其工作重点是在全国乃至全球层面提升技术水平及整体影响力,通过浙江省肿瘤微创外科联盟将肿瘤微创外科技术教授给核心单位及成员单位,帮助快速提升肿瘤微创诊疗水平并向标准化、同质化、规范化发展,为区域内人民群众提供优质方便的医疗服务。另一方面,通过频繁的技术交流,盟主单位与核心单位及成员单位形成紧密的非正式关系,拓宽疑难病例收集渠道。核心单位的工作重点是通过联盟提升其现有肿瘤微创诊治能力并得到规范指导,同时对同一区域的成员单位进行互相帮扶,扩大其在本区域的学科影响力。成员单位的工作重点是通过联盟与盟主单位及同一区域的核心单位建立紧密联系,快速提升包含肿瘤微创技

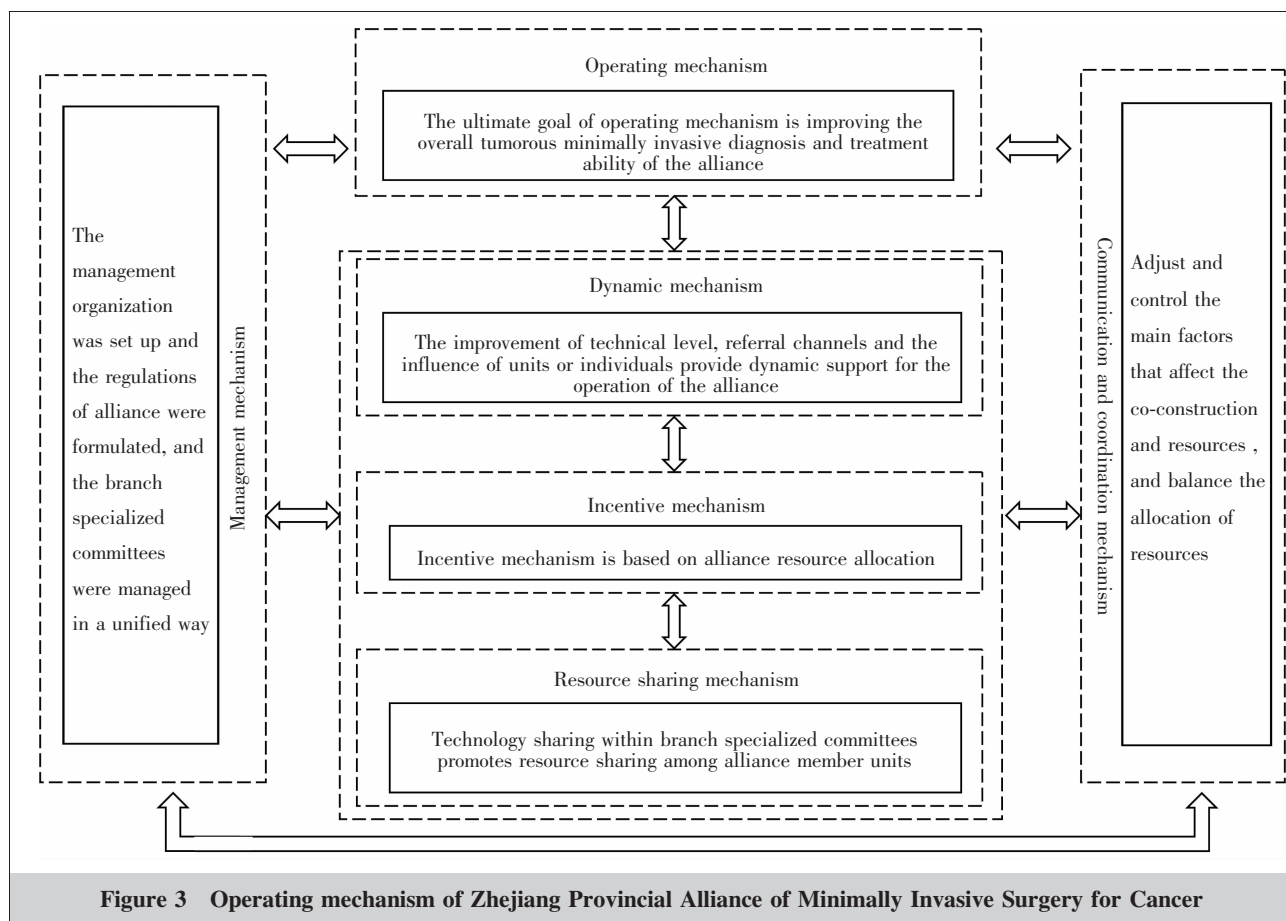
术在内的肿瘤规范化诊治能力,满足基层就医需求。

浙江省肿瘤微创外科联盟由浙江省肿瘤医院主导,浙江省内各区域医疗机构共同参与构建,通过协同效应实现优质肿瘤医疗资源的共建共享。在联盟的构建及运行过程中,制度章程作为基础,保障了整个运行体系相对稳定的构建及运行过程中,以制度章程作为基础,保障了整个运行体系的相对稳定。秘书处作为包含财务、宣传、会务等功能在内的成熟的复合型团队,起到组织、协调、沟通及管理作为,为联盟发挥最大效率提供了支持。协同效应和联盟各个子系统的自组织效应,推动跨区域优质医疗资源下沉,完善浙江省肿瘤微创诊治网络,提高浙江省整体肿瘤诊治能力^[18](Figure 2)。

3 跨区域专科联盟的运行机制

运行机制是指体系内各子体系、各要素之间相互作用、相互联系、相互制约的形式和运动原理,以及内在的工作方式^[19]。根据上述分析,浙江省肿瘤微创外科联盟的运行机制主要应该包括管理机制、动力机制、激励机制、资源共享机制和沟通协调机制,这5个机制共同组成浙江省肿瘤微创外科联盟的运行机制(Figure 3)。上述各机制各有侧重,彼此联系,





互相促进。

3.1 管理机制

管理机制通过设立管理机构设立及制定章程,对 11 个分支专委会进行统一管理。同时,与沟通协调机制相互影响,促进动力机制、激励机制、资源共享机制形成,从而保障整体运行机制。

3.2 动力机制

动力机制主要包括提升技术水平、推动上下转诊、提高单位或个人影响力。该机制与激励机制、资源共享机制相互促进,同时受管理机制影响,当以上机制良性发展时,必将促进动力机制良好运行。

3.3 激励机制

激励机制主要建立在联盟资源分配基础上,受管理机制影响,最终对运行机制起促进作用。

3.4 资源共享机制

资源共享机制中共享的内容和程度与激励机制、沟通协调机制密切相关。分支专委会内部技术共享,能推动联盟成员单位资源共享,包括人才、经费、设备等。

3.5 沟通协调机制

沟通协调机制对影响资源共建共享的主要因素进行调控,达到平衡各分支专委会、各联盟成员单位资源配置的目的。

4 建设成效与存在问题

4.1 建设成效

4.1.1 通过广泛交流推动联盟融合

浙江省肿瘤微创外科联盟通过搭建信息交流平台,多渠道促进联盟内各医疗机构、各分支专委会间交流。自 2019 年 3 月建立至今,经过近 5 年的发展,联盟成员单位已达 120 余家,“浙江省肿瘤微创外科联盟官方群”微信群成员近 700 人;“肿瘤微创外科联盟微信公众号”总用户数近 1 700 人,发表推文平均阅读量为 960 人次,单篇最高阅读量达 3 433 人次。联盟通过举办频繁的、形式多样的学术活动,拉近联盟成员间距离,推进了联盟逐渐融合,而同质化输出前沿肿瘤微创技术和医院管理经验,

推动优质医疗资源及管理理念下沉,促进基层医疗机构整体水平提升,实现分级诊疗目标。

4.1.2 补位发展促进合作共赢

联盟内盟主单位为肿瘤专科医院,核心单位与成员单位多为综合性医院,各自发展方向及定位不同,通过本联盟围绕肿瘤诊治形成补位发展模式^[20]。盟主单位不虹吸基层肿瘤患者与医疗人才,重点是解决疑难重症、做好技术推广与规范工作。核心单位及成员单位专注提升技术水平,解决区域内高发肿瘤病种的就医需求。

4.1.3 亚专科特色助推精细化诊疗

浙江省肿瘤微创外科联盟特色在于下辖 11 个不同亚专科专委会,除各部位实体肿瘤相关学科外,还包括麻醉、护理、超声介入等学科,形成了肿瘤微创诊治的全程管理。通过集群效应,多学科协作提供肿瘤微创的规范化诊疗方案,提升基层医疗机构整体诊疗水平。同时,重点推广多学科诊疗模式(multi-disciplinary team,MDT),以肿瘤微创为重点,引入手术前后放化疗方案,解决基层复杂肿瘤诊治难点,提升基层精细化诊疗能力。

4.2 存在问题

4.2.1 管理协同运行松散

浙江省肿瘤微创外科联盟实际是一个松散型的行业联盟,各成员单位行政隶属、人事、财务等体制制度各自独立。通过建立成员之间的非正式关系,包括情感交流、技能帮助、学习探讨、价值认同,维持并加强联盟内成员“黏性”。这种运行模式能给予各分支专委会充分的自主活动空间,但同时因为联盟内部各医疗机构未建立正式合作,联盟管理机构权力有限,尚不能突破组织协调功能而对联盟成员进行统一管理调度。由于管理规范的缺失,也无法结合联盟特征制定完善的内部分配与激励机制、冲突管理机制。

4.2.2 缺少双向转诊平台

因联盟各成员单位独立性较强,合作基础脆弱,兼之不同区域具体情况不同,导致难以形成统一的信息共享平台,仅能通过微信群进行日常病例讨论或转诊介绍。缺少规范系统化的转诊平台,患者疾病信息不能完全共享,检查检验结果无法互看,造成双向转诊缺乏基础,难以充分利用联盟内优质医疗资源。

4.2.3 未形成科学有效的考核机制

联盟成员单位与亚专科专委会数量较多,如何

在不同层级的成员单位及不同学科的专委会间对有限资源进行合理分配,是联盟发展过程中的难点。目前国内对于医联体的绩效考核大多处于实验探索阶段,尚未形成成熟规范的考核方案。浙江省肿瘤微创外科联盟目前仅通过成员及专委会对联盟举办活动的积极性与参与度进行考核测评,考核方式单一,有很大改善和提升空间。

5 发展思考

在多种形式的医联体中,跨区域专科联盟是较晚起步的一种。2017 年首次在我国官方文件中出现,行业内对此认识度较低,没有固定模式及操作办法可供参考借鉴,因此需要不断摸索,积累经验。本文通过浙江省肿瘤微创外科联盟的建设实践,提出以下几点建议供参考。

5.1 坚持医疗技术同质化规范化是联盟建设的重点

在当前行业内竞争日益激烈的环境下,医疗技术水平是专科联盟竞争力的核心,是联盟可持续发展的重要保证。要认识到提高区域内医疗技术水平是一个长期的过程,联盟要通过不断创新活动形式,依托先进的互联网技术,以推广同质化规范化技术为首要任务,加快技术传播速度,强化技术传播效果,推动跨区域整体医疗服务能力提升。

5.2 完善管理规范,健全协同运行机制

为应对松散组织结构带来的弊病,建议联盟所有成员单位让渡部分权力给联盟管理权力机构并对其进行赋权赋责,以便形成统一管理,实现内部资源整合,通过联盟内成员协同发挥出更大的服务效能。由联盟管理权力机构建立完善的规章制度,建立健全联盟运行机制,重点是构建人力资源流通机制,信息共享机制,强化资源共享机制,同时梳理规范各类流程手续,进而提高联盟运行效率,保障联盟健康可持续发展。

5.3 搭建系统化信息平台,探索资源合理配置

为联盟运行搭建全方位信息化平台,不仅包括双向转诊平台,还应包括技术共享、科研教学、分工合作等功能。在此基础上,对联盟开展的活动项目进行标准化,从参与主体、主体权责、任务量等方面着手,在联盟内部建立科学可行的考评机制和效果评价体系。据此,对联盟的运行情况进行客观评价,进

而定期对联盟成员单位进行考核,根据考核结果指导联盟资源在不同亚专科专委会间进行合理分配,从而推动联盟发展战略的实现。

参考文献:

- [1] 毛淋淇,瞿晴,张敏敏,等. 综合医院肿瘤规范化诊疗管理体系构建的实践与探索 [J]. 中国肿瘤,2023,32(4): 295-300.
Mao LQ,Qu Q,Zhang MM,et al. Construction of standardized cancer diagnosis and treatment management system in general hospitals [J]. China Cancer,2023,32(4): 295-300.
- [2] 邱亭林,林伟龙,马建辉,等. 肿瘤规范化诊治现状及质量控制管理探讨[J]. 中国肿瘤,2018,27(5):343-346.
Qiu TL,Lin WL,Ma JH,et al. Standard diagnosis and treatment of cancer and management of quality control [J]. China Cancer,2018,27(5):343-346.
- [3] 杜宣宁,陈曦,王小姣,等. 妇幼健康领域跨区域医疗专科联盟现状及对策研究[J]. 医院管理论坛,2023,40(2): 11-14.
Du XN,Chen X,Wang XJ,et al. Research on status quo and countermeasures of cross-regional medical professional alliance in maternal and child health[J]. Hospital Management Forum,2023,40(2): 11-14.
- [4] Sung H,Ferlay J,Siegel RL,et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin,2021,71(3): 209-249.
- [5] 中国研究型医院学会互联网医院分会. 中国肿瘤微创治疗技术指南[J]. 癌症进展,2022,20(18):1838-1856.
Internet Hospital Branch,Chinese Research Hospital Association. The Chinese technical guideline of minimally invasive treatment for tumor [J]. Oncology Progress,2022, 20(18):1838-1856.
- [6] 王悠清,李辉章,龚巍巍,等. 2015年浙江省肿瘤登记地区恶性肿瘤发病与死亡分析[J]. 中国肿瘤,2019,28(1): 12-22.
Wang YQ,Li HZ,Gong WW,et al. Analysis of cancer incidence and mortality in Zhejiang cancer registries,2015 [J]. China Cancer,2019,28(1):12-22.
- [7] 郑荣寿,张思维,孙可欣,等. 2016年中国恶性肿瘤流行情况分析[J]. 中华肿瘤杂志,2023,45(3):212-220.
Zheng RS,Zhang SW,Sun KX,et al. Cancer statistics in China,2016[J]. Chinese Journal of Oncology,2023,45(3): 212-220.
- [8] Yang LL,Zhang XC,Yang XN,et al. Lung cancer treatment disparities in China: a question in need of an answer[J]. Oncologist,2014,19(10):1084-1090.
- [9] 周昌明,王泽洲,郑莹. 2023年美国癌症数据解读及对中 国癌症防治的启示[J]. 中国癌症杂志,2023,33(2):117-125.
Zhou CM,Wang ZZ,Zheng Y. Interpretation of US cancer statistics 2023 and its implications for cancer prevention and treatment in China[J]. China Oncology,2023,33(2):117-125.
- [10] 王锡山. 肿瘤外科微创技术的前进方向 [J]. 肿瘤学杂志,2021,27(6):421-425.
Wang XS. Discussion on the direction of minimally invasive technology in tumor surgery [J]. Journal of Chinese Oncology,2021,27(6):421-425.
- [11] 池畔,王泉杰. 结直肠肿瘤微创手术的历史演变与终极 目标[J]. 中华胃肠外科杂志,2022,25(8):675-681.
Chi P,Wang XJ. Historical evolution and ultimate goal of minimally invasive surgery for colorectal cancer[J]. Chinese Journal of Gastrointestinal Surgery,2022,25(8):675-681.
- [12] 李皎,刘洪文,徐文豪,等. 构建跨区域医联体助力少数 民族地区健康扶贫实践与思考 [J]. 现代医院,2023,23 (2):165-167,174.
Li J,Liu HW,Xu WH,et al. Reflections on establishing cross-regional medical consortium for poverty alleviation by improving health care in minority areas [J]. Modern Hospitals,2023,23(2):165-167,174.
- [13] 姜宏,王翔,丁晓宇,等. 长三角医院协同发展泌尿科 联盟建设探索[J]. 中国卫生质量管理,2022,29(10): 104-107.
Jiang H,Wang X,Ding XY,et al. Exploration on the construction of alliance of urology surgery for collaborative development among hospitals in the Yangtze River Delta[J]. Chinese Health Quality Management,2022,29(10):104-107.
- [14] 杨杪,袁琳,贺焜,等. 国家儿童医学中心专科联盟建设的 创新探索与实践[J]. 现代医院管理,2023,21(1):1-4.
Yang M,Yuan L,He K,et al. Innovative exploration and practice of specialty alliance construction of national children's medical center[J]. Modern Hospital Management, 2023,21(1):1-4.
- [15] 朱峰,杨慧,邵燕萍,等. 恶性肿瘤规范化治疗及实行许 可制管理的探讨[J]. 医院管理论坛,2022,39(6):6-7,33.
Zhu F,Yang H,Shao YP,et al. Discussion on standardized treatment and licensing management of malignant tumor[J]. Hospital Management Forum,2022,39(6):6-7,33.
- [16] 王琪. 县级公立医院医联体模式应用——以吴川市人 民医院实施医联体模式为例[J]. 现代医院,2020,20(10):

- 1430-1433.
- Wang Q. The application of medical association model in county public hospitals—a case study on the model of Medical Conjoining in Wuchuan People's Hospital [J]. Modern Hospitals, 2020, 20(10): 1430-1433.
- [17] 吴利纳, 桂朝伟, 马秀华, 等. 协同理论在区域医疗中心突发公共卫生事件应急后备医院建设中的应用与实践 [J]. 中国现代医生, 2022, 60(15): 176-180.
- Wu LN, Gui CW, Ma XH, et al. Application and practice of synergetic theory in construction of emergency backup hospital for public health emergencies in regional medical center [J]. China Modern Doctor, 2022, 60(15): 176-180.
- [18] 沈芳芳, 唐翔, 刘燕, 等. 长三角跨区域神经系统疾病专科联盟模式 [J]. 中国卫生资源, 2020, 23(4): 352-355.
- Shen FF, Tang X, Liu Y, et al. Cross-regional alliance model of neurology in the Yangtze River Delta [J]. Chinese Health Resources, 2020, 23(4): 352-355.
- [19] 郑金萍. 高校图书馆读书会联盟组织架构与运行机制探索 [J]. 中国中医药图书情报杂志, 2021, 45(5): 43-45, 50.
- Zheng JP. Exploration of organization structure and operation mechanism of library reading club union in colleges and universities [J]. Chinese Journal of Library and Information Science for Traditional Chinese Medicine, 2021, 45(5): 43-45, 50.
- [20] 姚锦, 陶玉秀. 公立医院跨区域专科联盟建设探索 [J]. 中国医院管理, 2019, 39(11): 76-77.
- Yao J, Tao YX. Practice exploration of the construction of public hospitals' cross-regional specialized alliance [J]. Chinese Hospital Management, 2019, 39(11): 76-77.

《中国肿瘤》关于伦理审查的要求

根据《世界医学协会赫尔辛基宣言》和我国《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》等的相关规定以及国际通行的动物福利和伦理准则,为进一步规范医学领域研究程序,保护研究对象的合法权益,本刊对相关论文的投稿提出如下要求:

(1) 当论文的主体是以人为研究对象时(包括前瞻性研究、横断面研究、回顾性研究等),作者应当说明是否经所在单位或地区伦理学委员会的批准,是否取得研究对象或其家属的知情同意,并提供该委员会的批准文件复印件以及研究对象或其家属的知情同意书复印件。除此之外,凡涉及临床试验研究(前瞻性研究),作者原则上均应在 WHO 国际临床试验注册中心 (<https://www.who.int/ictpr/en/>) 或中国临床试验注册中心 (<http://www.chictr.org.cn/index.aspx>) 进行注册,并在论文中标注临床试验注册号。

(2) 涉及实验动物的研究性论文,需遵守《实验动物管理条例》《实验动物质量管理办法》《善待实验动物指导性意见》的相关规定,并提供该项研究的伦理审查通过证明复印件及相应的动物合格证号。文中需注明所用动物的品种、品系、性别、日龄或月龄、体质量、数量、饲养条件、建模方法和时间、实验起点和终点、处死方法等必要信息。

(3) 本刊伦理内容规范书写格式如下:(供参考)

本研究方案经 *** 医院伦理委员会(或实验动物伦理委员会)审批(编号:XXXX),在 *** (临床试验注册机构)注册(注册号:XXXX),患者均签署知情同意书(或符合实验室动物管理与使用准则)。